

Informations avant la réalisation d'une cure de fistule anale par fistulotomie.

Le but de cette notice de deux pages est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par votre praticien. N'hésitez pas à interroger celui-ci pour toute information complémentaire.

Quel est le but de cette intervention ?

Une fistule anale désigne une communication anormale dont l'origine se trouve au niveau de glandes normalement présentes dans le canal anal. Lorsqu'une glande s'infecte, l'infection diffuse par une sorte de tunnel, le trajet fistuleux, qui après avoir traversé le sphincter de l'anus, s'ouvre le plus souvent au niveau de la peau. Il est possible que la progression du trajet soit marquée par la constitution d'un abcès. La présence d'une fistule anale expose à des complications (abcès, diffusion de l'infection, gangrène ou septicémie). Seule une intervention chirurgicale peut guérir une fistule anale, le traitement antibiotique n'étant pas efficace. L'intervention de fistulotomie proposée est la plus radicale et la plus efficace. Elle a pour but de vous guérir de l'infection actuelle avec un taux de réussite sans récurrence à long terme de plus de 90 %. Les techniques alternatives d'obturation du trajet (colle, volet de fermeture, LIFT...) ont pu être évoquées avec votre praticien et n'ont pas été retenues. Elles n'ont globalement qu'un taux de réussite de 50% et ne sont pas toujours réalisables en pratique.

En quoi consiste cette intervention ?

Elle consiste d'abord à identifier le trajet et l'origine de la fistule puis à réaliser sa mise à plat. Elle nécessite l'ouverture de la peau pour drainer vers l'air libre toute la zone infectée. Elle nécessite toujours la section d'une partie des sphincters de l'anus et l'importance de cette section est un facteur déterminant de la décision thérapeutique. Lorsqu'elle est limitée, la continence n'est pas menacée et le traitement comporte alors une seule opération. Dans le cas contraire, la règle est d'intervenir en plusieurs temps afin de sectionner petit à petit, en plaçant un fil élastique de drainage dans le trajet fistuleux repéré. Ce trajet sera progressivement mis à plat en effectuant plusieurs opérations successives, souvent deux, rarement plus. L'intervention chirurgicale est réalisée au bloc opératoire sous anesthésie générale ou loco régionale. L'intervention est universellement pratiquée et des milliers de personnes ont été ainsi traités.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

La durée d'hospitalisation est comprise entre 1 et 3 jours. Les douleurs qui suivent l'intervention sont souvent modérées et peu prolongées. Des soins locaux sont nécessaires et seront effectués selon leur complexité soit par vous-même soit par un infirmier qui pourra surveiller la qualité de la cicatrisation. L'éventuelle présence d'un fil élastique ne majore pas la gêne, et ce fil doit être impérativement préservé. La cicatrisation prendra entre 5 et 8 semaines. La gêne, parfois la douleur et surtout les suintements liés à la plaie chirurgicale avec la contrainte des pansements réguliers imposent un arrêt de travail qui varie habituellement entre 1 et 6 semaines. Le traitement par plusieurs temps nécessite un intervalle de 2 mois minimum entre chaque temps.

À quelles complications à court terme expose cette intervention?

Des douleurs post opératoires plus intenses que prévues peuvent imposer d'intensifier le traitement médicamenteux. Des difficultés à uriner sont rarement observées. Une hémorragie postopératoire est possible, précoce mais aussi plus tardive, entre le 1er et le 20ème jour. Dans 2 à 3% des cas, elle nécessite une nouvelle chirurgie en urgence. Il est donc déconseillé de trop vous éloigner (voyage) pendant les trois premières semaines. La formation d'un « bouchon» malgré les laxatifs peut nécessiter un lavement évacuateur. Une infection locale est rare (< 2%), mais peut nécessiter une ré-intervention. Un retard de cicatrisation peut survenir au delà de 8 semaines. Comme pour toute chirurgie, des complications générales très rares sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire, infection locorégionale.

- À quelles complications à long terme expose cette intervention ?

Des troubles de la continence anale peuvent survenir, surtout si coexistent d'autres facteurs de risque de l'incontinence tels que : diarrhée chronique, troubles fonctionnels intestinaux, antécédent d'accouchement difficile, intervention proctologique préalable... Ces facteurs seront pris en compte par votre opérateur et peuvent justifier d'un traitement en plusieurs temps afin de limiter les risques d'altération de la continence. Les récives sont généralement le fait des fistules « à trajets complexes » et peuvent nécessiter alors un nouveau geste chirurgical. Des replis de peau (marisque) et une cicatrisation disgracieuse sont parfois observés sans que l'on puisse parler de complication.

Pour en savoir plus : www.snfc.org.